

Contribution à l'Étude
des
HEMORRAGIES INTRAPERITONEALES
d'origine ovarienne
non gravidiques

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 3 avril 1935

PAR

Pierre DIZIER

Né a Pignan (Hérault) le 18 août 1905

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. RICHE, professeur, *président*.
LAPEYRE, professeur.
AIMES, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.

} *Assesseurs*

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
MONTPELLIER

1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES HEMORRAGIES INTRAPERITONEALES
D'ORIGINE OVARIENNE NON GRAVIDIQUES

Contribution à l'Étude
des
HEMORRAGIES INTRAPERITONEALES
d'origine ovarienne
non gravidiques

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 3 avril 1935

PAR

Pierre DIZIER

Né à Pignan (Hérault) le 18 août 1905

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. RICHE, professeur, *président*.
LAPEYRE, professeur.
AIMES, agrégé.
MOURGUE-MOLINES, agrégé.

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel
MONTPELLIER

1935

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

anatomie
Histologie
Physiologie
Chimie biologique et médicale
Physique médicale
Anatomie pathologique
Microbiologie
Pathologie et thérapeutique générales
Thérapeutique et matière médicale
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale
Pathologie médicale et clinique propédeutique
Clinique médicale
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge
Clinique de dermatosyphiligraphie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique gynécologique
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Matière médicale (Ch. de c.)
Radiologie (Ch. de c.)
Anatomie (Ch. de c.)
Histologie (Ch. de c.)

MM.

J. DELMAS
TURCHINI
HEDON
CRISTOL
PECH
GRYNFELT
LISBONNE.
BOSC
BOUDET
PUECH
CARRIEU
GAUSSEL
GIRAUD
VIRE, assesseur.
RIMBAUD
MASSABUAU
RICHE
P. DELMAS
EUZIERE, doyen
LEENHARDT
MARGAROT
ETIENNE
JEANBRAU
LAPEYRE
VILLARD
TERRACOL
CABANNES
LAMARQUE
LAUX
GRANEL

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM.
Pathologie externe	PAGES
Médecine opératoire	AIMES
Accouchements	SOUBEIRAN ag. libre
Clinique phthisiologique	COLL DE CARRERA
Clinique propédeutique médicale	GAUSSEL, prof.
Clinique des maladies contagieuses	BOULET
Stomatologie	JANBON
	D ^r WATON

Agrégés en exercice

	MM.	MM. AIMES
		MOURGUE-MOLINES.
		GUIBAL
		ROUX
Médecine	MM. BOULET	COLL DE CARRERA
	PAGES	CARRERE
	JANBON	
	BAUMEL	
	VIDAL	

Examinateurs de la thèse

MM. RICHE, professeur, prés.	MM. AIMES, agrégé.
LAPEYRE, professeur.	MOURGUE-MOLINES, agr.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

*qui a bien voulu nous donner le sujet de
cette thèse et en accepter la présidence.*

A MON JURY DE THESE

F. D.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORRAGIES INTRAPERITONEALES D'ORIGINE OVARIENNE NON GRAVIDIQUES

INTRODUCTION

La connaissance des hémorragies intrapéritonéales non gravidiques est déjà ancienne. Discutées à leur origine, elles semblent avoir acquis actuellement leur place dans la nosologie, mais leur diagnostic reste difficile et n'est souvent possible qu'au cours de l'intervention ou même par l'examen histologique de la pièce opératoire.

L'idée de notre travail nous a été suggérée par une observation d'hémorragie intrapéritonéale d'origine ovarienne ayant pris l'aspect clinique d'une appendicite aiguë. C'est au cours de l'intervention que l'on pût redresser l'erreur de diagnostic en constatant une hémorragie abdominale et en décelant un petit kyste de l'ovaire gauche rompu. Il s'agissait d'un kyste hématique d'un corps jaune.

A l'occasion de cette observation nous avons essayé de faire une étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. Nous avons éliminé de notre travail toutes les hémorragies dues à des éléments néoformés dans l'ovaire c'est-à-dire toutes les tumeurs, qu'elles soient solides ou liquides, bénignes ou malignes. Nous envisagerons seulement les hémorragies qui proviennent d'éléments constitutifs normaux de l'ovaire, stroma et appareil noble de l'ovaire et qui constituent les hémorragies ovariennes proprement dites.

OBSERVATION INÉDITE

(Communiquée par le Docteur LONJON)

Une jeune fille de vingt et un ans est prise brusquement et sans prodrome le 13 mai 1933 à vingt et une heures d'une douleur vive dans la partie inférieure de l'abdomen. Bientôt après, survient un état nauséux avec vomissements. La douleur persiste pendant toute la nuit, moins violente, et le matin semble se localiser dans la fosse iliaque droite.

Nous voyons la malade le soir vers dix-huit heures, la douleur ne s'est pas modifiée, elle est continue, prédomine dans la fosse iliaque droite. Les vomissements ne se sont pas reproduits depuis la veille au soir. Il n'y a pas eu d'émission de matière ni de gaz depuis le début de la crise.

A ce moment la température est de 38° 2. Le pouls bat à 84. Le facies de la malade ne présente aucun signe particulier, nous n'avons pas noté de pâleur, ni de décoloration des muqueuses. L'abdomen se mobilise peu pendant les mouvements respiratoires. La palpation détermine de la défense nette dans la moitié droite de l'abdomen, le côté gauche est parfaitement souple et indolore. La pression dans la fosse iliaque droite en un point très localisé provoque une vive douleur.

Le diagnostic d'appendicite ne paraît pas douteux. Nous ne pratiquons pas d'examen gynécologique. Il s'agit d'une jeune fille vierge chez laquelle rien ne fait penser à une affection d'ordre gynécologique. Elle est réglée très régulièrement, ses périodes menstruelles durent quatre jours et

s'accompagnent seulement de quelques douleurs abdominales. Elle a eu ses dernières règles il y a deux semaines, elles étaient terminées depuis treize jours quand les accidents actuels ont apparu. Dans ses antécédents nous relevons seulement une fièvre typhoïde dix ans auparavant.

L'intervention immédiate est décidée. Sous anesthésie générale à l'éther nous pratiquons une incision de Mac-Burney; dès l'ouverture du péritoine nous constatons que celui-ci contient du sang en assez grande quantité, qui semble venir du pelvis. Aussitôt nous refermons notre incision latérale et pratiquons une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il y a près d'un litre de sang dans le ventre, en majeure partie fluide, dans le pelvis sont quelques caillots.

Après avoir épongé le sang à la compresse et enlevé les caillots, nous examinons l'appareil génital et trouvons sur l'ovaire gauche une poche kystique du volume d'une noix, ses parois sont flasques et une large déchirure laisse suinter un filet de sang.

L'utérus est normal, de même les annexes droites, il n'y a pas de kyste sur l'ovaire droit.

Nous pratiquons l'annexectomie gauche. L'appendice sain est laissé en place. L'abdomen est refermé après avoir mis un petit drain dans le pelvis. Les suites opératoires sont parfaites. La malade sort guérie le quinzième jour.

Examen anatomo-pathologique (pratiqué par le Docteur GUIBERT).

L'examen histologique a porté sur une tranche de section totale de l'ovaire.

Ce qui frappe avant tout à l'étude microscopique des coupes du parenchyme ovarien, c'est la présence d'un énorme corps jaune. Les cellules lutéïnes qui le constituent

sont en prolifération très active; elles sont disposées sur plusieurs rangs, possèdent un noyau souvent volumineux, riche en chromatine, et paraissant doué d'un pouvoir amitotique très grand.

En plusieurs points de la paroi où reposent les cellules lutéiniques, on observe de nombreuses suffusions sanguines; certaines même offrent tout à fait l'aspect de foyers hémorragiques.

Il ne nous a pas été possible, de pratiquer des coupes rigoureusement sériees pour essayer de découvrir la lésion hémorragique elle-même. Cependant nous avons multiplié les coupes et il nous est apparu que ce corps jaune avait été l'objet d'une lésion vasculaire entraînant une hémorragie très importante en son intérieur; il en est résulté une distension considérable de la formation lutéinique jusqu'à la transformer en un véritable kyste hématique.

Un fait est à retenir, c'est le processus d'hyperplasie intense des cellules lutéiniques et les signes histologiques de leur parfaite vitalité, malgré la présence d'un large foyer hémorragique. En résumé, hémorragie d'un corps jaune avec transformation de ce dernier en kyste hématique.

HISTORIQUE

DENUCE ayant émis l'hypothèse de l'origine gravidique extra-utérine de l'hématocèle en 1853, la grossesse extra-utérine retint l'attention de la grande majorité des auteurs. Il semblait qu'elle seule pût expliquer les hémorragies intra-abdominales, que celles-ci soient brusques et abondantes réalisant l'inondation péritonéale ou qu'elles évoluent de façon subaiguë pour constituer l'hématocèle pelvienne.

Cette notion était vulgarisée en France par GAILLARD et PONCET, en Allemagne par SCHRÖDER et VEIT, en Angleterre par LAWSON-TAIT. L'image clinique et anatomique de la grossesse extra-utérine était donc nettement établie et recueillait l'assentiment à peu près unanime lorsque surgirent quelques observations qui sortaient de son cadre. On constatait une hémorragie intra-péritonéale et cependant on ne trouvait pas de grossesse extra-utérine.

Déjà en 1850 NELATON avait publié un article à propos de l'hématocèle pelvienne ou hématocèle rétro-utérine, dans lequel il reconnaissait pour la première fois une origine ovarienne à certaines hémorragies intra-péritonéales: « A chaque période menstruelle il se fait une congestion vers l'ovaire, puis une vésicule de DE GRAFF se rompt et un ovule s'engage dans la trompe.

De plus, la rupture de la vésicule est toujours suivie d'un certain épanchement de sang. Supposez que la migration de

l'ovule soit imparfaite, si l'hémorragie est un peu considérable, on peut comprendre que le sang tombe dans le cul-de-sac du péritoine, s'y accumule; puis le péritoine irrité, s'enflamme, une péritonite adhésive se produit, l'épanchement est séquestré. l'hématocèle rétro-utérine est formée ». NELATON voyait donc l'origine de l'hémorragie dans la rupture de la vésicule de DE GRAFF.

DENONVILLIERS en 1851 avait publié à la Société de Chirurgie un cas d'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. Bientôt, des travaux plus importants virent le jour. En 1861 un travail de BAECKEL de Strasbourg sur les kystes hémorragiques de l'ovaire. En 1888 la thèse de BALBIN sur les hémorragies ovariennes. La même année FORDYCE publia une observation d'hémorragie d'un corps jaune.

En 1898 HANNEGART, signale les hématomes de l'ovaire coëxistant avec un fibrome utérin.

COUVREUR en 1902, VIGNEAU dans sa thèse (Lyon 1903) étudient les hématomes de l'ovaire. ROSSEAU, ROUSSEAU, SCHAUTA font des travaux sur les hémorragies ovariennes.

Dans les années suivantes de nombreuses observations d'hémorragies ovariennes non gravidiques sont rapportées. Parmi les travaux les plus importants, signalons ceux de WOLF en 1908, de JAYLE en 1909, qui, étudiant l'hématocèle produite par la rupture d'un petit kyste hématique de l'ovaire ont réuni dix-sept observations, de TARTANSON qui rassemble dans sa thèse (Lyon 1909), vingt-huit observations d'hémorragies ou d'hématocèles sans grossesse ectopique, de LECENE et TAITZ en France, de MARTIN, de SAVAGE à l'étranger.

Parmi cette floraison de cas publiés, si l'on examine en détail les comptes rendus cliniques et surtout les comptes rendus anatomiques, on a l'impression qu'il y a eu des

abus. Les auteurs ne se sont pas toujours appliqués de façon minutieuse à exclure la possibilité de grossesse extra-utérine et à bien fournir la preuve qu'en vérité un corps jaune ou un follicule était la cause des hémorragies.

Une critique serrée était nécessaire et M. FORSSNER de Stockholm s'imposa de vérifier jusque dans leurs détails toutes les observations publiées. Finalement il en retint cinq qu'il jugea être les mieux documentées et pour lesquelles un examen complet des pièces fut pratiqué. Les auteurs avaient cru pouvoir conclure à une rupture de corps jaune. M. FORSSNER se prononça pour la possibilité même vague d'une grossesse extra-utérine.

Pour affirmer que l'hémorragie avait son point de départ dans un corps jaune il exigeait trois conditions:

1° Il voulait que des coupes sérieées soient faites qui intéressent non seulement l'ovaire dans son entier, mais aussi les caillots voisins de l'ovaire, afin de ne pas courir le risque de laisser inaperçues des villosités choriales.

2° Il n'acceptait aucune aménorrhée précédant les accidents hémorragiques. Si une aménorrhée existe il l'explique toujours par la grossesse extra-utérine. Pour lui les aménorrhées non gravidiques sont tout à fait exceptionnelles.

3° Enfin, il met comme dernière condition, la découverte sur l'ovaire hémorragique d'une lésion anatomique qui puisse expliquer le processus hémorragique, telle une rupture vasculaire.

La première condition exigée par FORSSNER ne peut jamais être réalisée d'une manière rigoureusement absolue, car on pourra toujours objecter que des particules infiniment petites, telles les villosités d'un œuf très petit ont pu rester accolées quelque part dans la cavité péritonéale et ainsi échapper aux recherches les plus minutieuses. On ne

pourrait donc ainsi jamais nier avec certitude la grossesse extra-utérine.

La deuxième condition, l'aménorrhée n'a pas non plus la valeur indiscutable que lui donne FORSSNER. Un retard de menstruation peut se présenter sans qu'il y ait grossesse, et par contre on opère souvent des grossesses tubaires rompues sans qu'il y ait eu la moindre anomalie du côté des époques.

Il semble donc que le jugement de M. FORSSNER soit très sévère et qu'à force de vouloir se garantir contre un diagnostic erroné il empêche la thèse qu'il combat de se manifester.

Le point de départ de la critique de M. FORSSNER est basé sur deux observations personnelles qui auraient pu rentrer dans le cadre de la rupture d'un corps jaune, si l'examen microscopique n'a fait faire le diagnostic exact en montrant, dans le premier cas un corps jaune renfermant une grande quantité d'éléments fœtaux, et dans le deuxième cas une villosité que l'on eut grand peine à découvrir.

Sans doute, la grande majorité des observations que M. FORSSNER soumet à sa critique ne fournissent pas la preuve que l'hémorragie était due à la rupture d'un corps jaune.

Sans exiger des conditions aussi sévères que lui, il faut que toute recherche s'entoure de tous les détails cliniques nécessaires et que toute pièce soit examinée de façon compétente macroscopiquement et microscopiquement.

C'est en partant de ce point de vue que G. SCHICKELE de Strasbourg se basant sur trois observations personnelles put affirmer que l'hémorragie péritonéale d'origine ovarienne non gravidique existe réellement. Il montra que le corps jaune peut être effectivement la source d'une hémorragie abondante dans la cavité abdominale évoluant avec des signes correspondants (1924).

Depuis 1921 les observations d'hémorragies péritonéales non gravidiques se succèdent à un rythme accéléré. Chaque année de nouvelles observations sont publiées. Signalons:

En 1925 les mémoires de DUBRAIL et de POULIOT, la thèse de TURMANN.

En 1926 le travail expérimental de FELLNER.

En 1927 la thèse de M. MARTY, (Bordeaux).

En 1928 la thèse de GORDON-MARTIN, le travail de Ludwick SIMON.

En 1933 les thèses de PELLICOT et PARMENTIER.

En 1934 la thèse de BAUMANN.

A côté des grandes hémorragies d'origine ovarienne, il en est d'une importance moindre qui jouent cependant un rôle important dans les incidents de la vie génitale de la femme. Les travaux de BONNEAU, la thèse de CLÉMENT (1933) étudient cette variété d'hémorragie ovarienne.

Du point de vue expérimental, rappelons les hématomes folliculaires produits par l'injection de prolan hypophysaire ou placentaire, BROUHA a consacré un article récent au mécanisme de ces hémorragies anté-hypophysaires.

ETIOLOGIE

La Fréquence.

Les observations d'hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne étaient rares jusqu'à ces dernières années. La parution du fameux mémoire de FORSSNER en 1916 qui niait l'existence de l'hémorragie ovarienne non gravidique semble avoir attiré l'attention des chirurgiens sur cette origine des hémorragies abdominales et les avoir incités à publier leurs observations.

En 1924 SCHICKELE en trouvait une quarantaine de cas dans la littérature, BAUMANN en 1934 en réunit plus de trois cents observations.

L'Age.

L'hémorragie se produit avec une prédominance très grande pendant la période de grande activité génitale de la femme, c'est-à-dire entre vingt et quarante ans. Elle se voit dès l'instauration des règles, quatorze ans (observations de MANGE, de ROBINOVITZ, de BECK, de WILSON) atteint son maximum de fréquence de vingt à quarante ans, devient

rare après quarante ans. Sur deux cent vingt-trois observations où l'âge était mentionné, nous avons relevé :

51	cas	chez des femmes	de moins de 20 ans	= 23 %
96	»	»	de 20 à 30 ans	= 43 %
67	»	»	de 30 à 40 ans	= 30 %
9	»	»	de plus de 40 ans	= 4 %

Date d'apparition dans le cycle menstruel.

Les rapports existants entre la date de l'hémorragie ovarienne et les diverses phases du cycle menstruel sont démontrées par toutes les statistiques.

De l'étude des observations il ressort qu'il existe deux périodes au cours du cycle menstruel où les hémorragies sont particulièrement fréquentes. Dans un certain nombre de cas on manque de précision sur le moment de l'hémorragie en raison de l'irrégularité des périodes menstruelles fréquemment signalée.

SIMON, sur douze cas, en a vu deux dans la deuxième semaine de l'intermenstruum, trois dans la troisième, sept dans la quatrième. L'ensemble des statistiques de SIMON, de KABOTH, de BAUMANN établissent comme suit la répartition proportionnelle des hémorragies dans le cycle menstruel.

Première semaine.....	8,5 %.
Deuxième »	27,1 %.
Troisième »	12,1 %
Quatrième »	52,7 %.

Il existe donc deux périodes de fréquences maxima, l'une au milieu de l'inter-menstruum, l'autre dans les derniers jours qui précèdent l'apparition des règles. Ces périodes correspondent : la première à la ponte, la deuxième à la fin de la période d'état du corps jaune.

Reste à préciser la date de la ponte. Il est encore difficile de dire quelles sont les relations réciproques entre l'ovulation et la menstruation.

Les physiologistes ont pendant longtemps admis que les deux phénomènes étaient contemporains, l'écoulement menstruel accompagnant ou précédant de quelques heures l'excrétion de l'ovocyte. Cette opinion soutenue par COSTE, RACIBORSKY, POUCHET, ne résiste pas à l'examen des faits et presque tous les auteurs contemporains admettent qu'il y a un décalage entre la ponte ovulaire et l'apparition des règles, la première se produisant à peu près au milieu de l'intermenstruum.

Ces faits ont été établis d'après les constatations des chirurgiens qui, au cours de laparotomies, ont cherché à préciser si l'ovaire présente un follicule en évolution ou un corps jaune. Ils ont pu ainsi établir, se reportant à la date des dernières règles, les rapports chronologiques de l'ovulation et de la menstruation. En se basant sur ces données, FRAENKEL place l'ovulation quinze jours après le début des règles, ANCEL et VILLEMIN, SFAMENI la placent un peu plus tard, dix à douze jours avant les règles. HOLBAU, SCHROEDER, indiquent le seizième ou le dix-septième jour après le début de la menstruation.

Par contre, pour RUGE, la ponte a lieu du premier au quatorzième jour après les règles, pour Robert MEYER au huitième jour. Enfin, pour SCHICKÈLE, l'ovulation peut se faire à n'importe quel jour du mois, mais avec une prédominance pour la première semaine qui suit les règles.

Se basant sur les cas de fécondations survenues chez des femmes n'ayant eu qu'un seul coït, on constate que le plus grand nombre de grossesses se voit lorsque le coït a eu lieu dans la première semaine après les règles.

Enfin, WATRIN, ajoutant à ces études les recherches histo-

chimiques (dosage de la cholestérine) du corps jaune aux divers degrés de son évolution, conclut que la ponte ovulaire se fait normalement au douzième jour. C'est ce chiffre qui est actuellement considéré comme le plus près de la réalité.

Antécédents.

Les irrégularités dans l'apparition des règles, les douleurs précédant ou accompagnant les règles sont signalées dans de nombreuses observations.

La virginité n'est pas rare; BAUMANN l'a rencontrée parmi les observations consultées dans 10 % des cas; le plus souvent, il s'agit de femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

L'épanchement sanguin intra-péritonéal.

La quantité de sang épanché dans la cavité péritonéale est très variable, elle va depuis quelques centimètres cubes jusqu'à plusieurs litres, JOHNSON aurait trouvé jusqu'à trois litres de sang. Le plus souvent, il s'agit d'hémorragie de moyenne abondance allant de trois cents à cinq cents centimètres cubes.

Dans le cas que nous rapportons, l'abondance de l'épanchement a été estimée à un litre environ.

Le sang est en majeure partie fluide avec quelques caillots accumulés dans le Douglas.

La lésion ovarienne.

Le point de départ de l'hémorragie est avec une fréquence égale le côté droit où le côté gauche. BECK sur dix-neuf cas trouve douze à gauche et sept à droite. BAUMANN sur cinquante-sept cas de la littérature relève trente à droite pour vingt-sept à gauche, et parmi ses observations au nombre de seize il y a un nombre égal à droite et à gauche.

Très rarement on a constaté une hémorragie bilatérale, un cas de DANSEY. On a vu l'hémorragie récidiver sur le côté opposé, cas de TAYLOR, cas d'ORTH qui dut réintervenir après vingt-quatre heures. La rupture ovarienne varie d'im-

portance; tantôt, large brèche d'un élément kystique plus ou moins développé; tantôt ouverture punctiforme d'un kyste; tantôt, fissure de l'albuginée communiquant avec le parenchyme ovarien. Dans notre cas le kyste ovarien avait le volume d'une noix, et la brèche elle-même avait un centimètre de diamètre.

Les lésions coexistantes.

On a signalé des lésions coexistantes, parmi elles la dégénérescence polikystique de l'ovaire qui saigne et de l'ovaire du côté opposé sont les plus fréquemment rencontrées. La nature hématique de ces petits kystes a été souvent signalée.

Les trompes présentent parfois des altérations inflammatoires.

L'utérus a été trouvé deux fois par LUDWIG SIMON le siège d'un fibrome et une fois par BAUMANN.

Plus intéressante est la coexistence de lésions appendiculaires aiguës, appendicite ulcéreuse et phlegmoneuse constatée par ODERMATT, appendicite suppurée rapportée par ORTH.

Les lésions d'appendicite chronique sont plus fréquentes.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE NORMALE DE L'OVAIRE

Avant d'étudier les types histologiques d'hémorragie ovarienne, rappelons l'anatomie microscopique normale de l'ovaire.

Pendant toute la période d'activité génitale de la femme, depuis la puberté jusqu'à la ménopause, hormis les périodes de gravidité, l'ovaire est le siège de phénomènes cycliques dont l'aboutissant est la ponte ovulaire.

Le follicule de DE GRAAF est l'appareil qui enveloppe l'ovule. A la naissance, l'ovaire contient cinquante mille à quatre-vingt mille follicules primordiaux provenant de l'épithélium germinatif qui durant la vie foétale s'invagine dans la trame de l'ovaire. Ces follicules sont tassés les uns contre les autres, surtout à la périphérie de l'ovaire.

Ils sont formés d'une enveloppe constituée d'une couche de cellules plates, la membrane granuleuse et d'une grosse cellule centrale qui est l'ovaire ou ovocyte.

Quand le follicule se développe, des modifications importantes se produisent. Les cellules de la membrane granuleuse prolifèrent activement, deviennent cubiques et forment plusieurs couches. Elles présentent les caractères de cellules sécrétoires dont le produit de sécrétion va constituer le liquor folliculi. En un point la membrane granuleuse présente un épaississement qui détermine une sorte

d'invagination à l'intérieur de la cavité folliculaire, au centre de l'épaississement se trouve l'ovule, l'ensemble forme le cumulus prolifère.

A la périphérie, séparée de la membrane granuleuse par une membrane basale se trouve la thèque; celle-ci comprend deux couches: l'une, la thèque externe, est fibreuse, peu vascularisée; l'autre, la thèque interne, est fortement vascularisée.

Arrivé à maturité, le follicule, sous la tension du liquor folliculi fait une saillie à son point culminant qui s'amincit, devient clair et avasculaire, c'est le stigma où se fait la rupture. L'ovule est ainsi libéré. Ce phénomène constitue la ponte ovulaire, il se produit douze à quinze jours après le début des règles. Au moment de la rupture, le follicule présente donc une déchirure par laquelle se sont échappés l'ovule, le liquor folliculi et une partie de la granuleuse.

Cette déchirure a tantôt l'aspect d'une fissure, tantôt celui d'un orifice de deux à trois millimètres de diamètre.

Le follicule subit alors une transformation progressive qui fait de lui le corps jaune.

On fait jouer à ce corps jaune un rôle important dans la physiologie génitale (BORN, FRAENKEL). Il a fait l'objet de nombreux travaux (PRENANT, ANCELET, VILLEMIN, WATRIN).

Au début de son existence, le corps jaune est caractérisé par une prolifération épithéliale abondante et un hyperhémie thécale remarquable. La granuleuse s'hypertrophie, les cellules folliculeuses se gonflent jusqu'à prendre huit à dix fois leur volume primitif. En même temps, des extravasats de sang épanché dans la thèque autour des capillaires déchirés, envahissent peu à peu le tissu épithélial, s'infiltrant jusqu'au centre du follicule où ils vont former un caillot.

Le corps jaune arrivé à sa période d'état, se présente sous

la forme d'une cavité remplie d'un caillot et limitée par une membrane formée de grosses cellules polyédriques dont le protoplasma granuleux renferme de la lutéïne. C'est à cette substance que serait due la coloration du corps jaune. S'il ne se produit pas de fécondation, le corps jaune constitue le corps jaune menstruel, c'est un organe abortif qui régresse après la mort de l'ovule, et il ne reste qu'une cicatrice jaune, plissée.

En cas de fécondation le corps jaune sera le corps jaune gravidique, il se distingue du précédent par son volume plus important, sa membrane lutéïnique plus épaisse et sa teinte orange. Il conserve ses caractères d'activité sécrétoire jusque vers le milieu de la grossesse et n'achève son évolution qu'à la fin de la grossesse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

On distingue trois types histologiques d'hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne; les hémorragies du stroma ovarien, les hémorragies folliculaires, les hémorragies du corps jaune.

Les hémorragies du stroma ovarien.

Cette forme est la plus rarement observée, cas de HEIDLER, de LERAT, de BAUMANN.

Il en existe deux variétés, tantôt il s'agit d'une simple fissure de l'albuginée sans formation kystique sous-jacente, c'est l'apoplexie ovarienne pure; tantôt la fissure de l'albuginée communique avec une cavité kystique, les parois de cette cavité sont constituées par le parenchyme ovarien, elles ne sont pas tapissées par un épithélium. Il s'agit d'un pseudo kyste sanguin.

Dans les deux variétés l'hémorragie se diffuse dans tout l'ovaire, le stroma ovarien ainsi que les follicules sont infiltrés de sang.

Les hémorragies folliculaires.

La majorité des auteurs reconnaissent aux hémorragies folliculaires trois variétés, selon que le follicule est, en voie de maturation, mûr, ou kystique.

Les hémorragies du follicule mûr s'expliquent aisément

par l'existence de la plaie ovarienne que crée nécessairement la déhiscence de l'ovissac. NELATON avait le premier montré le mode de formation de cette plaie de l'ovaire, BONNEAU l'a dénommée (ponte ovulaire hémorragique).

L'hémorragie folliculaire peut être affirmée par l'examen histologique, elle se caractérise par la constatation d'une cavité rompue dont les parois sont tapissées de cellules granuleuses entourées d'éléments qui rappellent la thèque interne, cette cavité est pleine de sang, les vaisseaux capillaires de l'ovaire sont dilatés.

Quant à reconnaître si le follicule est en voie de maturation, mûr, ou kystique, on ne saurait affirmer l'un ou l'autre de ces stades que sur des constatations quasi impossibles pratiquement, il faudrait en effet constater la présence d'un ovule au milieu du caillot pour pouvoir dire d'après l'examen de cet ovule mûr ou en voie de maturation s'il s'agit d'un follicule mur ou en voie de maturation.

Quant au follicule kystique, la grande taille du kyste est en sa faveur, mais un follicule en voie de maturation peut avant d'éclater se distendre suffisamment pour ressembler à un kyste folliculaire.

Les hémorragies du corps jaune.

Les hémorragies du corps jaune peuvent aussi se produire à des stades différents de leur développement. Les corps jaunes qui saignent sont le plus souvent des corps jaunes récents. Ce fait s'explique par l'importance de la vascularisation pendant les premiers stades de la transformation lutéinique. La membrane lutéinique est abondamment vascularisée, entre les lobes lutéiniques sont des capillaires remplis de sang, et parfois même on voit une infiltration diffuse de globules rouges.

La thèque interne présente des lésions analogues.

Dans quelques cas le corps jaune a pu être plus ou moins complètement expulsé à travers la plaie ovarienne dans la cavité péritonéale. STALPER en a observé un libre dans le Douglas. BAUMANN a vu un corps jaune énucléé de l'ovaire, accolé seulement à sa surface par un caillot récent. Dans ces cas il ne reste dans la vésicule rompue que les éléments de la thèque interne avec, par place, quelques cellules lutéïques.

Les lésions associées.

Tous les examens microscopiques d'ovaires qui ont été le siège d'une hémorragie intrapéritonéale ont révélé une diffusion des infiltrations hémorragiques. Toutes les parties de l'organe sont atteintes, parties molles et stroma. La vasodilatation est aussi la règle.

BAUMANN signale l'existence dans certains cas de signes d'inflammation aiguë récente. Il a observé, outre l'aspect œdémateux du parenchyme ovarien déjà signalé par SIMON de véritables infiltrations de polynucléaires au voisinage de foyers hémorragiques.

Au niveau des trompes on a observé souvent, outre de l'hyperhémie, des signes histologiques inflammatoires.

PATHOGENIE

Une modification de la tension intrapéritonéale peut être la cause déterminante d'une hémorragie ovarienne. A l'état normal elle reste presque toujours constante, elle n'est susceptible que d'altérations insignifiantes dues à des changements de décubitus, de respiration et de contraction des muscles abdominaux du sujet.

Dans des conditions pathologiques, telle une lésion ovarienne, ou physiologiques, telle la congestion cyclique de l'ovaire, une hémorragie peut être déterminée par un excès d'effort corporel ou par une lésion mécanique externe.

Comme effort exagéré citons le cas de cette malade rapporté par MELCHIOR qui fit une hémorragie à l'instant où elle descendait brusquement d'un train. On a décrit des hémorragies survenues à l'occasion d'effort de défécation ou d'effort fait pour soulever un poids pesant.

Un traumatisme externe a été souvent invoqué. Ce peut être un traumatisme médical, tel un toucher vaginal (observations de JAYLE, de CROUS, de THIES, de BAUMANN). Ce peut être un traumatisme opératoire. SMITH mentionne une hémorragie qui se produisit à propos d'une amputation sus-vaginale de la matrice; FERGUSSON à l'occasion d'une hystérectomie où l'on avait conservé trompes et ovaires. On a rapporté des hémorragies consécutivement à des manœu-

vres abortives. HORNUG présenta un cas d'abondante hémorragie intrapéritonéale à propos d'une tentative de réduction d'un utérus en rétroflexion.

Toutes les circonstances favorisant la stase dans le ligament large telle la masturbation, le coït interrompu, constituent un danger d'hémorragie.

Citons encore le cas de SCHROEDER où un coït impétueux consommé dans la période prémenstuelle amena la rupture du corps jaune en état de vascularisation. KLEIN a vu un cas semblable.

Dans tous ces cas, le traumatisme ne paraît être qu'une cause occasionnelle qui fait rompre un kyste hématique de l'ovaire qui permet à une hémorragie intra-ovarienne de s'extérioriser. Toujours le sang avant de se déverser dans la cavité péritonéale s'est répandu à l'intérieur même de l'ovaire comme en témoignent l'hyperhémie et l'infiltration hémorragique de l'ovaire, même en des points éloignés de la zone où s'est produite la rupture. Ces lésions se retrouvent dans tous les cas; l'hyperhémie, l'infiltration hémorragique diffuses dans l'ovaire, précédant toujours l'hémorragie intrapéritonéale.

Quand il s'agit d'une hémorragie du corps jaune avec expulsion de la membrane lutéinique, cette expulsion se produit parce que la membrane lutéinique a été décollée sous l'action de l'hémorragie ovarienne. Il semble que l'opinion de SCHICKELE rénovée par BEZANÇON, d'après laquelle l'hémorragie serait la conséquence du décollement de la membrane lutéinique, par comparaison avec les hémorragies de la délivrance par inertie utérine après décollement placentaire, soit inexacte et que l'on ait pris l'effet pour la cause. C'est en réalité l'hémorragie qui commence, le décollement de la membrane lutéinique en est la conséquence.

Reste à trouver la cause primitive de l'hémorragie.

Une dyscrasie sanguine a pu être invoquée à juste titre dans quelques cas; observation de SCHICKELE où il existait splénomégalie et polyglobulie; de HORNUG, de BOSS avec leucémie; de FERBRUGGE avec hémophilie; de SANTY, de LUTTGE avec hémogénie. On sait que l'hémophilie est très rare chez la femme, elle ne peut donc être qu'exceptionnellement en cause.

L'hémogénie est assez fréquente, elle se reconnaît à la prolongation du temps de saignement, à l'irrtractilité du caillot, à la fragilité capillaire mise en évidence par le signe du lacet. Chez la malade dont l'observation fait l'objet de ce travail, les examens du sang n'ont malheureusement pu être pratiqués, mais dans ses antécédents on ne relevait aucun stigmate des états de dyscrasie sanguine que nous venons d'envisager.

L'hyperhémie de l'appareil génital est quelquefois la cause de l'hémorragie: soit hyperhémie passive résultant d'une mauvaise circulation pelvienne sous la dépendance d'une tumeur pelvienne, telle un fibrome, un gros utérus en rétroversion, un utérus métritique; soit hyperhémie active d'origine inflammatoire ou toxique. L'hyperhémie toxique peut être d'origine médicamenteuse (absorption de médicaments abortifs).

L'hyperhémie inflammatoire peut succéder à une inflammation de voisinage, telle l'appendicite. Rappelons le cas d'ODERMATT où l'hémorragie ovarienne coïncidait avec une appendicite aiguë phlegmoncuse, celui d'ORTH avec une appendicite aiguë suppurée.

Dans ces cas d'appendicite aiguë, l'hyperhémie et l'hémorragie ovarienne paraissent bien être la conséquence de l'état inflammatoire de l'appendice voisin.

L'hyperhémie gravidique a pu être invoquée si l'hémorra-

gie ovarienne coïncide avec une grossesse utérine ou extra-utérine.

GREENHILL vit une malade atteinte de grossesse tubaire droite faire une hémorragie par rupture d'un corps jaune de l'ovaire gauche. OASTLER et BURG, DOLYNSKY et BENZION virent une hémorragie ovarienne chez des femmes portant une grossesse utérine. Enfin il est des cas où l'hyperhémie semble être sous la dépendance d'un trouble circulatoire d'origine endocrino-sympathique. Il se produit pendant le cycle menstruel des variations physiologiques sur lesquelles STAPFER a attiré l'attention. Il existe deux phases congestives qui se produisent, l'une au milieu, l'autre à la fin du cycle menstruel dans les derniers jours qui précèdent les règles. Or, les hémorragies ovariennes se produisent le plus souvent au cours de l'un de ces deux phases.

On peut admettre qu'une hémorragie ovarienne peut résulter d'une exagération de ces phases congestives, elle-même sous la dépendance d'un déséquilibre endocrino-sympathique.

Dans l'observation que nous avons rapportée peut-être s'agissait-il d'une exagération de la phase congestive du milieu de l'intermenstruum. L'hémorragie s'est produite en effet chez cette malade treize jours après la fin des règles.

SYMPTOMES

Les manifestations cliniques dues aux hémorragies intra-abdominales d'origine ovarienne sont identiques à celles ayant une autre origine et rien ou presque ne saurait cliniquement les distinguer. C'est dire la difficulté de leur diagnostic.

Quand l'hémorragie est minime, elle s'arrête bientôt grâce à l'oblitération thrombotique des vaisseaux déchirés, de sorte que la guérison spontanée peut se produire imperceptiblement. Des adhérences périmétritiques en sont souvent la conséquence, nous étudierons ces cas favorables comme des formes atténuées.

Le plus souvent, et ce sont surtout les cas que nous aurons en vue, l'évolution est tout autre, le tableau clinique est aigu ou même suraigu. Deux types cliniques peuvent s'observer, tantôt c'est le tableau d'une hémorragie interne qui rappelle l'hémorragie par rupture de grossesse extra-utérine, tantôt c'est un tableau de syndrome douloureux abdominal, qui simule souvent l'appendicite aiguë.

1° *Forme d'inondation péritonéale.*

Les cas de mort foudroyante par pertes de sang formidables mis à part (cas de LUTTGE) la forme d'inondation péritonéale est caractérisée par son début brutal. C'est le plus souvent soudainement (comme un coup de foudre dans un

ciel sans nuage), que les symptômes font leur apparition, ce qui empêche d'établir un stade prodromique. Une douleur survient violente, de siège le plus souvent hypogastrique, plus rarement elle sera localisée dans une fosse iliaque, ou pourra prédominer dans la région sous-hépatique. Notons quelquefois signalée l'irradiation de la douleur à la pointe de l'omoplate. La malade ne tarde pas à présenter les signes de l'hémorragie interne, la face est pâle, les muqueuses décolorées, le pouls est petit et rapide. L'état est parfois syncopal, avec lipothymies.

A l'examen on trouve un abdomen douloureux dans son ensemble, la tension musculaire de la région hypogastrique se trouve un peu exagérée dans les cas légers et moyens, pour disparaître complètement dans les cas graves. Il est rare que l'on ait les signes d'un épanchement péritonéal, matité dans les flancs, signe bleu de l'ombilic.

Au toucher vaginal, le doigt perçoit un certain empâtement du Douglas. Mais surtout celui-ci est le siège d'une douleur exquise habituellement très nette, à laquelle on donne une grande valeur diagnostique. C'est « le cri du Douglas ». On peut percevoir dans quelques cas une masse annexielle douloureuse au toucher.

En somme on a à peu de chose près le tableau de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique et c'est ce diagnostic qui est porté le plus souvent, à moins que l'on n'ait à faire à une jeune fille vierge.

2° *Forme douloureuse abdominale.*

Le début est brutal par une douleur abdominale dont le siège plus ou moins diffus au début se localise ensuite souvent dans la fosse iliaque droite ou à l'hypogastre. Puis surviennent des symptômes péritonitiques s'accompagnant de vomissements et de vertiges variables selon la gravité des cas. Une élévation thermique de quelques dixièmes,

38, 38,5 et une accélération du pouls complètent le tableau clinique.

A l'examen on observe souvent de la défense abdominale. Dans certaines observations on a même parlé de contraction vraie.

Et la palpation détermine dans une région circonscrite de la paroi abdominale de la sensibilité à la pression, c'est le plus souvent dans la fosse iliaque droite.

PROUST a fait remarquer à juste titre que cette forme douloureuse pseudo-appendiculaire n'est pas réservée aux hémorragies ayant pour point de départ l'ovaire droit, on l'a observée souvent au cours des hémorragies de l'ovaire gauche. Notre observation en est un nouvel exemple.

La forme douloureuse abdominale peut revêtir plus rarement un tableau clinique différent. Il existe un syndrome douloureux sans localisation ou avec localisation hors de la fosse iliaque droite; souvent du météorisme abdominal, parfois un arrêt des matières et des gaz, pouvant prendre l'allure, soit d'une occlusion, soit d'une perforation digestive.

3° *Forme atténuée.*

L'hémorragie ovarienne ne revêt pas toujours un caractère aussi aigu. Il existe de petites hémorragies ovariennes évoluant à bas bruit, caractérisées par quelques phénomènes douloureux, suivies de légère réaction thermique, avec petite accélération du pouls. A l'examen on trouve seulement de l'empâtement de Douglas. La guérison spontanée se fait habituellement peu à peu par résorption de l'épanchement, mais il persiste de la périmétrite consécutive. Si l'on intervient on trouve une petite quantité de sang, collectée dans le Douglas et limitée par des adhérences. Il s'agit de petits épanchements d'origine folliculaire ou lutéinique se produisant vers le milieu de l'intermenstruum.

DIAGNOSTIC

I. — LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

Forme d'inondation péritonéale.

En présence d'un tableau clinique d'inondation péritonéale, l'idée d'une rupture de grossesse extra-utérine vient tout d'abord à l'esprit. Et c'est par l'élimination de ce diagnostic que l'on devra penser à la possibilité d'une hémorragie ovarienne. L'absence de signes de grossesse, et parmi eux l'absence du plus important de tous, l'aménorrhée, pourra, sinon faire éliminer la grossesse extra-utérine, du moins faire suspecter une hémorragie d'origine différente.

L'absence de suintement sanguin à la vulve devra dans une certaine mesure, s'inscrire contre le diagnostic de grossesse extra-utérine. Mais, c'est dans le cas d'une virginité constatée que l'on devra fortement penser à l'hémorragie ovarienne, surtout si elle s'est produite au milieu de l'intermenstruum ou dans les derniers jours qui précèdent immédiatement les règles.

La recherche des antécédents sera utile, on pourra déceler des douleurs accompagnant ou précédant les périodes menstruelles, et une irrégularité dans leur apparition.

Forme douloureuse abdominale.

Le diagnostic avec l'appendicite est très difficile, d'autant plus que cette dernière affection revêt des formes extrêmement variées. En présence d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, on porte parfois un peu rapidement et sur des signes légers le diagnostic d'appendicite de crainte de laisser passer le moment favorable à l'intervention idéale.

Si le pouls est plus rapide que ne le comporte la température, si la face est pâle et les muqueuses décolorées, si la malade a des tendances aux vertiges ou aux syncopes, on pensera plus volontiers à l'hémorragie.

L'empâtement du Douglas, la douleur élective du Douglas, devront faire penser à l'hémorragie abdominale. Par contre des signes de parésie intestinale plus marqués sont en faveur de l'appendicite. La statistique d'ODERNAT est intéressante. Sur neuf cents malades opérés pour appendicite aiguë, on a trouvé dix fois une rupture de corps jaune. Il faut donc penser à l'hémorragie ovarienne dans le diagnostic de l'appendicite, on y pensera d'autant plus si le syndrome douloureux est survenu au milieu ou à la fin de la période intermenstruelle chez une femme dysménorrhéique.

2° Le diagnostic au cours de l'intervention.

Au cours de l'intervention la première erreur à éviter est de croire, à la vue du sang, à une hémorragie de la paroi, qui suinterait dans la cavité péritonéale. Un examen superficiel pourrait seul permettre semblable confusion. LUTIGE commit cette erreur et dut intervenir à nouveau quatre jours après devant les signes d'hémorragie interne. On ne confondra pas non plus avec une hémorragie du méso au cours d'une appendicéctomie.

Après avoir épongé le sang et détergé les caillots, on doit examiner l'appareil génital sans en rien omettre, ovaires, trompes, utérus.

Parfois l'origine de l'hémorragie est facile à déceler si l'en trouve un petit kyste rompu dont les parois sont flasques et par l'ouverture duquel suinte un filet de sang.

D'autres fois l'orifice par où se fait l'hémorragie est petit, punctiforme ou linéaire et devra être cherché avec soin, en épongeant soigneusement la surface de l'ovaire pour en découvrir toutes les irrégularités.

Si la source de l'hémorragie n'était pas découverte sur les organes génitaux, kyste ou hématome de l'ovaire, petit fibrome utérin, salpingite hémorragique, il faudrait en chercher ailleurs la cause et explorer tous les organes abdominaux, l'hypothèse d'une pancréatite hémorragique, d'une rupture de rate palustre devrait être envisagée.

Quand le point de départ de l'hémorragie a été découvert sur un ovaire, il faut que l'examen, pour être complet, porte sur l'ovaire opposé et sur l'appareil génital en entier afin de s'assurer :

1° que l'autre ovaire ne soit pas le siège d'une lésion analogue ou différente;

2° qu'il n'existe pas une lésion associée en un point de l'appareil génital; sur l'utérus un fibrome, un chorio épithéliome; sur la trompe une torsion tubaire. Rappelons le cas de GREENHILL qui trouva associée à une hémorragie une grossesse tubaire de l'autre côté non encore compliquée.

L'hémorragie ovarienne ne sera pas confondue avec l'avortement tubo-abdominal, ni avec la menstruation rétrograde.

Dans l'avortement tubo-abdominal la trompe est distendue, amincie, bleutée et par le pavillon on voit sourdre un filet de sang. Mais il arrive que les signes de l'avortement

tubo-abdominal soient cachés, ainsi dans une grossesse tubaire très jeune la trompe n'a pas encore eu le temps de se dilater, et l'on a seulement l'écoulement sanglant par le pavillon. Cet écoulement même a pu s'arrêter.

Dans les cas suspects, si l'on ne trouve qu'une trompe dont les parois sont un peu amincies et bleutées, BAUMANN conseille de pratiquer l'ablation de la trompe, de l'inciser aussitôt tout au long. Si la muqueuse est trouvée saine, c'est que l'hémorragie a sa source ailleurs.

La menstruation rétrograde est rare, elle ne donne qu'une hémorragie peu importante, le sang est poisseux, noirâtre et il sourd par les trompes. Il faudrait y penser si l'on a été amené à opérer pour un état abdominal aigu à l'époque des règles.

Ajoutons que l'abondance de l'hémorragie ne répond pas toujours aux signes cliniques, parfois avec une symptomatologie d'appendicite on trouve une hémorragie abondante (cas personnel), parfois avec une symptomatologie de grosse hémorragie on est surpris de la trouver peu abondante.

3° Le diagnostic par l'examen microscopique de la pièce opératoire.

Reste à identifier la nature microscopique de la lésion hémorragique. Dans la grande majorité des cas l'examen microscopique est indispensable pour différencier l'hémorragie par rupture de grossesse extra-utérine ovarienne de l'hémorragie ovarienne non gravidique.

En cas de grossesse extra-utérine on aura quelquefois la chance de déceler l'embryon sous la forme d'une petite masse blanche dans une cavité limitée par une membrane propre. Ces cas sont exceptionnels, car la lyse de l'embryon s'effectue rapidement. C'est sur la découverte des villosités choriales que devront tendre les recherches. Ces recherches

porteront sur l'ovaire tout entier coupé en séries. FORNIER voulait que la recherche portât non seulement sur l'ovaire mais aussi sur tous les caillots situés au voisinage de l'ovaire.

Le microscope précisera s'il s'agit d'une hémorragie du stroma ovarien, d'une hémorragie folliculaire, ou d'une hémorragie d'un corps jaune.

4° *Le diagnostic biologique.*

Plusieurs épreuves nouvelles sont susceptibles d'apporter un élément intéressant dans le diagnostic de certaines hémorragies intrapéritonéales. Ces épreuves sont basées sur la recherche des hormones sexuelles ovariennes et hypophysaires que l'on rencontre dans les urines de la femme enceinte. Pendant la grossesse il se fait dans l'urine de la femme une décharge d'hormone antéhypophysaire, la gonado stimuline composée elle-même de deux hormones, le prolan A. qui ferait sentir son action sur le développement et la maturation des follicules ovariens, le prolan B. qui contribuerait à la formation du corps jaune.

Plusieurs réactions ont été proposées pour déceler la présence de cette hormone. Nous n'envisagerons que les principales d'entre elles: *la réaction de Ascheim et Zondek.*

ASCHEIM et ZONDEK choisissent comme réactif une souris femelle impubère du poids de sept à douze grammes. Ils font pendant trois jours deux injections quotidiennes sous-cutanées de deux à quatre centimètres cubes d'urine aseptique. On sacrifie les animaux le cinquième jour et l'on examine leurs organes génitaux.

L'hyperhémie, la maturation et la lutéïnisation des follicules sont les caractères d'une réaction positive. Cette réaction a l'inconvénient de nécessiter parfois un examen mi-

croscopique et de s'accompagner d'une congestion des organes génitaux et d'une hypertrophie de l'utérus sous l'action de la folliculine produite en excès par l'ovaire. Ce qui gêne quelque peu l'interprétation des résultats.

C'est pour éliminer l'action de l'ovaire que l'on a été conduit à utiliser le souriceau mâle, car la gonado stimuline n'agit pas seulement sur l'ovaire, mais aussi sur le tractus génital mâle.

La réaction de Brouha, Simonet et Hinglais.

Cette réaction a l'avantage de supprimer les résultats douteux par l'action de la folliculine chez la souris femelle et de faire le diagnostic sans examen microscopique. Pendant dix jours on fait une injection quotidienne sous cutanée de trois centimètres cubes d'urine aseptique à une souris mâle impubère. L'animal est sacrifié le lendemain de la dernière injection. La réaction est positive s'il s'est produit un développement énorme du tractus génital se traduisant par une augmentation importante en volume et en poids des testicules et surtout des vésicules séminales qui prennent cinq à six fois leur volume primitif.

Mais chez les jeunes souris mâles il existe des différences importantes de développement entre les sujets d'un même lot, ce qui rend l'interprétation des résultats parfois difficile. Pour éviter cet inconvénient, Adèle BROUHA et FRIEDMANN s'adressent à la lapine; les résultats sont aussi constants et gagnent en rapidité et en facilité. La lapine n'a pas besoin d'être impubère car chez elle il n'existe pas d'ovulation spontanée, celle-ci n'apparaît que lorsqu'elle a été mise au mâle. Il suffit donc d'avoir des lapines isolées.

La réaction d'Adèle Brouha et Friedmann.

On fait une injection de cinq à dix centimètres cubes

d'urine aseptique dans la veine marginale de l'oreille d'une lapine. Après quarante-huit heures on vérifie par laparotomie l'état des organes génitaux. La réaction est positive quand il y a maturation folliculaire.

C'est cette dernière réaction qui permet d'obtenir le résultat le plus rapide en quarante-huit heures.

Toutes les réactions ont une grande valeur. ASCHEIM, sur un total de 1.829 cas, n'a constaté d'erreur que dans 1,74 % des cas.

La positivité de la réaction est en rapport avec l'existence des villosités choriales. Elle devient positive dès les premiers jours de la grossesse, BROUHA et HINGLAIS l'ont trouvée positive cinq jours après la première absence de règles.

Si le fœtus meurt, la réaction reste positive, elle ne devient négative que par la mort du placenta. C'est pourquoi elle reste positive dans la grossesse extra-utérine rompue. Ce fait est intéressant pour notre étude, il permet de distinguer l'hémorragie par rupture de grossesse extra-utérine de l'hémorragie ayant une autre origine.

Certes, dans les cas graves où l'intervention s'impose d'urgence, les tests n'ont pas un intérêt primordial pratique, mais il peut être intéressant de les rechercher quelques jours après l'intervention, pour apporter un complément à l'observation et ajouter un élément au diagnostic qui sera précisé par l'examen histologique des pièces opératoires.

PRONOSTIC

Les hémorragies ovariennes opérées guérissent le plus souvent simplement. Quelques cas de mort ont été rapportés (observations de VALLIST, PENNY, ORTH, SMITH, LURGE, BOCKOR, BAUMANN) pour ne citer que les plus récents. Il est vrai que tous les cas terminés par la mort n'ont peut-être pas été publiés.

La mort est due le plus souvent à l'abondance de l'hémorragie. Parfois elle peut être due à une autre cause, c'est le cas de l'observation de BAUMANN où une femme atteinte de toxi-infection post-abortum fit une hémorragie de l'ovaire gauche. Malgré l'annexectomie pratiquée elle mourut de sa toxi-infection causale.

La récurrence peut être aussi observée, qui aggrave le pronostic, tel le cas de ORTH où cinq jours après une appendicectomie pour appendicite aiguë suppurée, la malade fait une hémorragie de l'ovaire droit et le lendemain une hémorragie de l'ovaire gauche. Malgré les trois interventions la malade a succombé.

TRAITEMENT

1° *Formes atténuées.*

Dans les petites crises intermenstruelles ou préménstruelles où l'hémorragie est peu abondante et ne se manifeste souvent que par un léger empâtement du Douglas, l'abstention opératoire est à conseiller. Il faut mettre la malade au repos, diminuer la congestion du pelvis. On a conseillé un traitement endocrinien pour diminuer l'activité hypophysaire par des hormones antagonistes.

Si les crises intermenstruelles se renouvelaient, il serait alors indiqué d'intervenir afin de ne pas exposer la malade par une temporisation trop prolongée à une hémorragie plus importante.

2° *Formes aiguës.*

C'est à l'intervention que le diagnostic est fait presque toujours. On opère, soit avec le diagnostic d'appendicite, soit avec le diagnostic d'hémorragie intra-abdominale, croyant généralement à une rupture de grossesse extra-utérine.

LA VOIE D'ACCÈS

Si l'incision a été médiane d'emblée, elle est parfaite. Si, croyant à une appendicite on a fait une incision dans la fosse iliaque droite, la conduite à tenir est plus difficile. Cer-

tains auteurs conseillent d'agrandir l'incision latérale vers en bas et en dedans. J.-Ch. BLOCH prolonge l'incision parallèlement à l'arcade crurale, ouvre la gaine du muscle droit, incise son feuillet antérieur, récline le muscle vers la gauche, sectionne les vaisseaux épigastriques. L'incision du péritoine est prolongée jusqu'à la ligne médiane.

Cette technique n'est réalisable facilement que chez une femme maigre. Car il faut pouvoir explorer le pelvis en entier, avoir une vue large de tous les organes et pouvoir opérer sur eux à son aise et non au fond d'un puits, par une incision trop petite ou mal placée. Aussi vaut-il mieux dans la grande majorité des cas fermer l'incision iliaque et pratiquer une laparotomie médiane sous-ombilicale. C'est la technique qui a été suivie dans l'observation que nous avons rapportée au début de ce travail. On s'est félicité d'autant plus d'être passé par la ligne médiane qu'il s'agissait d'une lésion de l'ovaire gauche.

L'INTERVENTION ABDOMINALE

Après avoir détergé les caillots et épongé le sang du pelvis, les lésions ayant été identifiées, on fait généralement l'ablation de l'ovaire qui saigne et de la trompe correspondante. Quelques auteurs, en particulier BONNEAU, ont proposé la résection cunéiforme de la partie d'ovaire qui porte les lésions, suivie de suture.

D'autres, tel JAYLE, préconisent l'annexectomie bilatérale en raison de la bilatéralité fréquente de la lésion qui a déterminé l'hémorragie.

La première méthode paraît insuffisante et dangereuse; la deuxième paraît excessive, du moins quand les lésions sont unilatérales. La résection cunéiforme de l'ovaire, sui-

vie de suture, est insuffisante car l'ovaire est hyperhémie, congestionné, siège de foyers hémorragiques, de suffusions sanguines dans son entier, et nécessairement la résection laisserait en place des parties malades qui exposeraient à la récurrence. Elle est dangereuse car les sutures dans un tissu congestionné, hémorragique seraient exposées à la désunion; il pourrait ainsi en résulter une reprise de l'hémorragie.

C'est seulement chez une malade jeune, ayant déjà subi une castration de l'autre côté que l'on serait autorisé à pratiquer la résection cunéiforme, suivie de suture, à condition qu'elle puisse être effectuée dans de très bonnes conditions techniques qui assurent une étanchéité absolue de la tranche de section.

Au cours de la grossesse, on a craint que l'ablation du corps jaune ne provoque une interruption de la grossesse? Il n'en est rien, l'observation d'Oastler qui enleva l'ovaire atteint de rupture de corps jaune de sa malade est probant, la grossesse ne fut nullement interrompue.

Au cours de l'intervention il faut toujours faire l'exploration de la région cœco-appendiculaire. Si l'appendice est sain ou présente de petites lésions chroniques, mieux vaut s'abstenir de l'enlever, car le moignon crée toujours un foyer d'infection. Si minime soit-il, il vaut mieux ne pas le mettre en présence du bouillon de culture que constitue le sang épanché. Si l'appendice présentait des lésions aiguës, il serait indiqué d'en pratiquer l'ablation suivie de l'enfouissement du moignon.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de nos recherches dans la nomenclature médicale et de nos travaux personnels il nous est permis de conclure que :

1° Les hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne sont moins rares que les auteurs ne semblent l'avoir admis jusqu'à présent.

2° Lorsque l'affection évolue sous l'aspect clinique d'un syndrome douloureux abdominal, de petits signes d'hémorragie, tels qu'une accélération du pouls disproportionnée avec l'élévation thermique, une légère pâleur de la face et à l'examen un empâtement du Douglas, et surtout une sensibilité exquise à son niveau devront orienter la pensée vers l'existence d'un épanchement hémorragique péritonéal.

3° Lorsque le tableau de l'hémorragie interne est réalisé, l'absence de signes de grossesse, l'absence d'écoulement sanglant à la vulve s'inscrivent contre l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine rompue; tandis qu'une dysménorrhée antérieure et l'apparition des accidents hémorragiques au milieu de l'intermenstruum ou dans les derniers jours qui précèdent les règles devront faire suspecter l'hémorragie ovarienne.

4° La détermination de l'origine véritable de l'hémorragie reste parfois impossible par la clinique et même à l'intervention et ne peut être fait que par l'examen microscopique des tissus.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT et MERIEL. — Kyste hématique de l'ovaire à symptomatologie de grossesse extra-utérine. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1913).
- AUMONT. — Kyste hématique de l'ovaire avec inondation péritonéale. (*Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, décembre 1922, p. 507.)
- BAUMANN. — Les hémopéritoïnes génitales non gravidiques, l'hémopéritoïne expérimental. (Thèse de Paris, 1934.)
- Les hémorragies ovariennes intra-péritonéales non gravidiques. (*Jour. de Chir.*, 6 décembre 1934, p. 865.)
- BARTHÉLÉMY. — Kyste hémorragique du corps jaune. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et Gyn.*, 1925.)
- BECK. — Un cas d'hémorragie intra-abdominale d'origine ovarienne. (*Zentr. f. Gyn.*, 1926, p. 2.009.)
- BLAIR. — Hématomes de l'ovaire. (*Surg. Gyn. and Obs.*, 1923, p. 379.)
- BLOCH. — Hémorragies ovariennes massives. (*Amer. Journ. of Obs. and Gyn.*, janvier 1930.)
- BONNEAU. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture du follicule de De Graaf. (*Paris Chir.*, 1912, p. 110.)
- Note sur les rapports entre la ponte ovulaire hémorragique et l'hémophilie. (*La Gynécologie*, mars 1927.)
- La forme légère mais récidivante de l'ovulation hémorragique. (*Journ. des Praticiens*, mars 1934.)
- La trompe dans les hématomes ovariens et juxta-ovariens de l'ovaire. Les fausses salpingites. (*Journ. des Praticiens*, octobre 1923.)
- BON. — Hémorragie intra-abdominale à symptomatologie appendiculaire. (*Zentr. für Chir.*, 3 septembre 1927, p. 2.300.)
- BOWAY. — Les hémorragies intra-péritonéales de la femme en dehors de la grossesse extra-utérine. (Thèse de Bordeaux, 1934.)
- BOVÉE. — Hématocèle pelvienne en dehors de la grossesse ectopique. (*Journ. of the Am. Méd. Assoc.*, 22 juin 1918.)
- BROUHA et HINGLAIS. — Le diagnostic de la grossesse par la réac-

- tion de Brouha, Hinglais, Simonnet. (*Gyn. et Obs.* I, juillet 1931.)
- BRINDEAU, HINGLAIS (H.) et HINGLAIS (M.). — Contribution à l'étude de l'emploi de la lapine dans le diagnostic biologique de la grossesse. (*Gyn. et Obs.*, Mars 1932.)
- BULLIARD. — La réaction d'Ascheim-Zondek dans le cas d'œuf mort. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, janvier 1932.)
- BURGER. — Rupture d'un kyste du corps jaune simulant une rupture de grossesse extra-utérine. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, 1924, p. 668.)
- CABANIÉ. — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse. (*Thèse de Toulouse*, 1924.)
- CAMUSET. — Varicocèle ovarien. (*Thèse de Lyon*, 1909.)
- CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. (*Thèse de Paris*, 1893.)
- CHARRIER. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un hématome de l'ovaire. (*Journ. de Médéc. de Bordeaux*, octobre 1912, p. 681.)
- CLARK. — Hémopéritoine par rupture de corps jaune. (*Progr. Med. Philadelphie*, 1924, p. 225.)
- CLÉMENT. — Les formes non cataclysmiques de la ponte ovulaire hémorragique. (*Thèse de Paris*, 1933.)
- CONDAMIN. — Inondation péritonéale d'origine ovarienne par rupture de kyste de corps jaune. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, mai, 1933.)
- CORNIL, MOSINGER et PICAUD. — Contribution à l'étude anatomique et pathogénique des hémorragies ovariennes. (*Gyn. et Obs.*, 6 juin 1933, p. 491.)
- CROUSSE (R.). — Kyste du corps jaune. Rupture durant l'examen gynécologique. Hémorragie intra-péritonéale cataclysmique. (*Ann. de l'Institut Chir. de Bruxelles*, 15 décembre 1924, p. 182.)
- Deux cas d'hémorragies intra-péritonéales graves d'origine génitale non associées à des grossesses ectopiques. (*Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obs.*, 1931, p. 2.)
- DELORE. — Kyste ovarien avec hémorragie intrapéritonéale grave. (*Lyon Méd.*, 1912, p. 180.)
- DENONVILLIERS. — *Soc. Chir.*, 1851.
- DOLYNSKY et BENZION. — Un cas d'hémorragie de corps jaune menaçant la vie coexistant avec une grossesse intra-utérine. (*Zentralb. f. Gyn.*, 1926, p. 117.)
- DREYFUS (P.), LE FOYER et LEJEUNE (P.). — Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse ectopique et à symptomatologie d'appendicite. (*Gyn. et Obs.*, août 1932, p. 102.)
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie.*

- FELLNER. — Hématome de l'ovaire. (*Arch. f. Gyn.*, 1926, p. 400.)
- FERBRUGGE. — Rupture d'un corps jaune causant une hémorragie intra-abdominale chez une jeune hémophile. (*Zentr. für Chir.*, mars 1919, p. 519.)
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie. (Le Dentu et Delbet).
- FORGUE et MOURGUE-MOLINES. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste de l'ovaire. (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, 1^{er} juillet 1927.)
- FORSSNER. — Peut-on voir une forte hémorragie intra-péritonéale sans grossesse par rupture d'un follicule de De Graaf ou du corps jaune. (*Arch. f. Gyn.*, 1916, p. 74.)
- GORDON-MARTINS. — Des grandes hémorragies intra-kystiques et intra-péritonéales au cours de la torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire. (Thèse de Montpellier, 1928, n° 34.)
- GODLEWSKI (E.). — Les hémorragies menstruelles ovariennes. (*Le Sud Médical et Chir.*, 5 avril 1923, p. 3.295.)
- GREENHILL. — Rupture de corps jaune. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1925.)
— Trois cas de rupture de corps jaune avec hémorragie intra-abdominale. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, décembre 1931, p. 902.)
- GROSS et HEUILLY. — Des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale non gravidique. (*Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1913.)
- HALLER. — Hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. (*Revue de Chir.*, 1930, p. 132.)
- HAMANT, BODART et CHALNOT. — Hémorragies péritonéales d'origine ovarienne. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, février 1933, p. 219.)
- HAMANT, BODART et MOSINGER. — Hémorragies intra-péritonéales. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*, octobre 1928, p. 737.)
- HAMANT et GRIMAULT. — Hémorragies intra-péritonéales d'origine annexielles non gravidiques. (*Bull. de la Soc. de Gyn. et Obs.*, avril 1934, p. 315.)
- HAMMOND et STÉPHENSON. — Hémorragie abondante par rupture spontanée du corps jaune. (*Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 22 décembre 1928, p. 1.989.)
- HANNEGART. — Hématocèle intra-péritonéale par rupture d'un hématome de l'ovaire coïncidant avec un fibrome utérin. (*Ann. Soc. belge de Chir.*, 1.900, p. 29.)
- HAUTEFORD. — Deux cas d'inondation péritonéale chez des vierges. (*Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, 1932, p. 181.)
- HITZANIDÈS (E.). — Rupture d'un kyste d'un corps jaune de l'ovaire simulant une grossesse extra-utérine rompue. (*Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, novembre 1925.)
- JAYLE. — L'hématocèle rétro-utérine par rupture de petit kyste

- hématique de l'ovaire. (*Revue de Gyn. et Chir. Abd.*, 10 avril 1909, p. 185.)
- Inondation péritonéale de deux litres et demi de sang pur par rupture d'un hématome de l'ovaire. (*Revue de Gyn.*, 1910.)
- KABOTH. — Hémorragie du corps jaune menaçant la vie. (*Archiv. f. Gyn.*, 1923, p. 148.)
- KLEIN. — Hémorragie intra-péritonéale très grave d'origine ovarienne. (*Zentr. f. Gyn.*, 9 janvier 1926, p. 111.)
- MC. KNIGHT (R.-B.). — Rupture d'un corps jaune avec hémorragie intra-abdominale consécutive à une appendicite aiguë. (*The Amer. Journ. of Surg.*, Décembre 1932, p. 538.)
- LAVENANT. — Inondations péritonéales d'origine ovarienne. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 2 décembre 1932, p. 538.)
- LECÈNE. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste de corps jaune. (*Ann. de Gyn. et Obs.*, mai 1934.)
- LECÈNE et TAITZ. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste de corps jaune. (*Ann. de Gyn. et Obs.*, 1914.)
- LEMONNIER. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. (*Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir.*, 31 décembre 1932, p. 1.603.)
- LERAT. — Inondation péritonéale chez une jeune fille de dix-huit ans par apoplexie de l'ovaire. (*Gaz. Med. de Nantes*, 15 octobre 1923.)
- LERICHE et BLANC-PERDUCET. — Hémorragie pelvienne intra-péritonéale diffuse par rupture d'un kyste hémorragique. (*Ann. de Gyn. et Obs.*, sept. 1911, p. 529.)
- LUCCIONI. — Inondation intra-péritonéale d'origine ovarienne. (*Soc. de Chir. de Marseille*, 27 juin 1932.)
- LUQUET. — Appendicite aiguë et hémorragie intra-péritonéale d'origine génitale. (*Bull. et Mem. Soc. des Chir. de Paris*, 1932, p. 56.)
- LUTTGE. — Hémorragie ovarienne menaçante pour la vie. (*Zent. f. Gyn.*, 1924, p. 1.297.)
- MANGE. — Un cas d'hématocèle pelvienne non gravidique. (*Bull. et Mem. Soc. Gyn. et Obs.*, février 1924, p. 114.)
- MARTY (A.J.). — Contribution à l'étude des hémorragies du corps jaune. (Thèse de Bordeaux, 1927.)
- MELCHIOR. — Inondation péritonéale par suite de la rupture d'un petit kyste de l'ovaire. (*Paris Médical*, janvier 1924, p. 39.)
- MERLE. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale non tubaire. (Thèse de Lille, 1929.)
- MEYER. — Rapports entre l'appareil folliculaire, le corps jaune et la menstruation. (*Arch. f. Gyn.*, 1913.)
- MICHON (L.). — Du rôle pathogène du sang extravasé. (*Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, février 1933, p. 189.)

- MOULONGUET. — La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain. (Thèse de Paris, 1923.)
- MURARD (J.). — Inondation péritonéale par rupture d'un corps jaune menstruel. (*Bull. et Mem. Soc. Nat. de Chir.*, 1929, p. 1.184.)
- OASTLER. — Grossesse et hémorragie dans un kyste ovarien. (*The Am. Journ. of Surg.*, octobre 1928, p. 359.)
- ODERMATT. — Hémorragie intra-abdominale par éclatement de corps jaune avec signes d'appendicite aiguë. (*Bruns. Beitr. f. Klin. Chir.* T. 129, p. 663.)
- OSLEN. — Hémorragie massive intra-abdominale par suite de rupture d'un kyste du corps jaune. (*The Journ. of the Am. Med. Ass.*, 8 août 1931, p. 391.)
- ORTH. — Hémorragie intra-abdominale des deux ovaires durant la menstruation. (*Zentr. f. Chir.*, 30 juin 1928, p. 1.162.)
- PARMENTIER. — L'hémopéritoine d'origine ovarienne en dehors de la grossesse ectopique. (Thèse de Lille, 1933.)
- PATEL et ROLLET. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. (*Lyon Médical*, 1925, p. 518.)
- PELLICOT (A.). — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne en dehors de la grossesse ectopique. (Thèse de Marseille, 1933.)
- PETIT. — Inondation péritonéale chez une jeune fille vierge. (*Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, 1932, p. 264.)
- PHANEUF. — Hémorragies intra-péritonéales par kystes de l'ovaire rompus. (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, 1924, p. 658.)
- POULIOT. — L'hématocèle pelvienne d'origine ovarienne. (*Journ. Méd. Franç.*, août 1925, p. 315.)
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PROUST (R.) et LEJEUNE. — Utilité pratique en chirurgie du diagnostic biologique de la grossesse. (*Gynécologie et Obstétrique*, 6 décembre 1933, p. 681.)
- ROBAU et LEBINSKY. — Etudes cliniques diagnostic différentiel et genèse des hémorragies d'origine ovarienne. (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 11 septembre 1931, p. 1.575.)
- ROLLIN. — Des hémorragies de l'ovaire. (Thèse de Paris, 1.888.)
- ROTH (H.). — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. (*Gyn. et Obs.*, déc. 1927, p. 464.)
- ROUVILLE (DE). — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire. (*Ann. de Gyn.* 1908, p. 222.)
- SAMPSON (J.-L.). — Kystes hématiques perforants de l'ovaire, leur importance et leurs relations avec les adénomes pelviens du type endométrique. (*Arch. of Sur.*, 1921, p. 295.)
- L'histoire des hématomes ovariens du type endométrial ou mullérien. (*The Amer. Journ. of Obs. and Gyn.*, novembre 1922, p. 451.)

- SANTY. — Hémorragie intrapéritonéale d'origine ovarienne chez une hémophile. (*Lyon Chir.*, janvier 1934, p. 94.)
- SAVAGE. — Hématome de l'ovaire, ses rapports avec la maturation et la régression du follicule de De Graaf. (*The Brit. Gyn. Journ.*, 1905.)
- SCHIKÈLE. — Le corps jaune peut-il être la source d'une hémorragie intra-péritonéale abondante? (*Gyn. et Obs. I*, janvier 1923, p. 9.)
- SCHRÖDER. — Sur le diagnostic différentiel des hémorragies internes des organes génitaux de la femme. (*Zentr. f. Chir.*, 12 sept. 1931.)
- SCHWARTZ. — Hémorragies internes d'origine ovarienne. (*Paris Médical*, 25 juin 1926.)
- SIMON (L.). — Hémorragie ovarienne spontanée avec signes abdominaux aigus. (*Acta Obs. et Gyn. Scand.*, 1928, p. 166.)
— A propos des hémorragies du corps jaune. (*Acta Obs. et Gyn. Scand.*, 1927.)
- STAFFER. — Les vagues utéro-annexielles, Masson, 1912.
- TAITZ (R.). — Hémorragies intra-péritonéales par rupture de follicules pathologiques ou anormaux. (Thèse de Paris, 1913.)
- TARTANSON. — Les hémorragies et l'hématocèle pelvienne intra-péritonéales sans grossesse ectopique. (Thèse de Lyon, 1909, n° 126.)
- THALHEIMER (M.). — Hématocèle par rupture de kyste ovarien. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1933, p. 1108.)
- VERGOZ et LOUBERT (rapport de Moulonguet). — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne non gravidique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 15 avril 1933, p. 586.)
- VEYRASSAT. — Hémorragie intra-péritonéale grave par rupture d'un kyste ovarien lutéinique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1933, p. 927.)
- VIGNEAU (M.). — Des hématomes de l'ovaire. (Thèse de Lyon, 1903.)
- VIGNES. — Le diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine. (*Presse Médicale*, 20 sept. 1933.)
- WATRIN. — Etude histologique et biologique du corps jaune de la femme. (Thèse de Liège, 1930.)
- WILSON. — Sur sept cas d'hémorragies ovariennes simulant l'appendicite aiguë. (*Lancet*, 16 juin 1928, p. 1.222.)
- YERSIN. — Hémorragies intra-péritonéales par rupture de petit kyste ovarique. (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, déc. 1920, p. 8.)
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'étude des hémor-
ragies intra-péritonéales d'origine
ovarienne non gravidiques »,

par P. DIZIER

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 25 mars 1935,

Le Professeur,

RICHE.

Montpellier, le 25 mars 1935,

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 26 mars 1935.

Le Recteur,
TAILLIART.

